

des limites très précises. Elle augmente lentement, sauf au moment de la puberté. Les lymphangiomes de la langue font exception.

Ces tumeurs peuvent être extirpées, au moins partiellement, lorsqu'elles sont assez bien limitées et peu étendues; mais le traitement par l'électrolyse doit être recommandé avant tout autre. Il doit pouvoir procurer d'aussi bons résultats que contre les hémangiomes.

Il y a plusieurs sortes de *lipomes congénitaux*. Ceux qui proviennent de la transformation d'un angiome et qu'on désigne sous le nom d'*angio-lipomes* sont maintenant bien connus. Il en a déjà été question dans cet ouvrage (t. I, p. 548). Constitués par des restes plus ou moins reconnaissables, plus ou moins importants, d'hémangiomes, et par du tissu adipeux, ils peuvent être considérés, eux aussi, comme étant d'origine fissuraire. J'en ai observé un cas fort intéressant, à la face interne de la joue droite, sur une petite fille de sept à huit ans. Quoique la tumeur eût grossi surtout depuis quelques mois, son début avant la naissance m'a semblé très vraisemblable, d'après les renseignements fournis par les parents. Dans cette tumeur étaient associés les signes des angiomes et des lipomes. Un traitement par l'électrolyse en amena la guérison en une douzaine de séances. Je ne sais si elle s'est maintenue.

Certains cas sont d'une interprétation plus difficile. La figure 138 représente une petite fille de trois ans qui était atteinte d'un fibrolipome diffus de la joue gauche et de la moitié correspondante des lèvres, d'origine congénitale. Il n'y avait trace d'un angiome ni à la surface de la peau ou de la muqueuse, ni dans l'épaisseur du tissu de la tumeur. Celui-ci, formé de grains adipeux serrés, était homogène et n'offrait nulle part un réseau lacunaire rappelant la structure du tissu érectile ou celle d'un lymphangiome. Pourtant je trouve assez rationnel de penser que ce lipome était un lipome de transformation et qu'il avait dû prendre naissance au niveau de la fissure intermaxillaire. J'ai fait à cette enfant une opération consistant dans la dissection de la tumeur en pleine joue (dissection rendue difficile par les adhérences à la peau et aux parties profondes), et dans l'excision d'une portion triangulaire de la joue et d'une partie des lèvres. Le résultat ne fut pas mauvais, mais une opération de perfectionnement eût été utile. Je n'ai pas revu la petite malade.

A côté des lipomes des parties molles, qui paraissent rares à la face, il y en a dont les rapports intimes avec le système osseux font une classe très spéciale; ce sont les *lipomes ostéopériostiques* de Lannelongue. On en a observé quelques-uns à la voûte du crâne, dans la région fronto-pariétale (Lannelongue), sur la suture sagittale (Sydney Jones), au front (Heyfelder, Fehleisen, Reclus, Duplay), à l'occiput (Seering, Heineke). D'autres faits, plus vaguement désignés sous le nom de lipomes sous-épiciariens, ont été rapportés par Bland, Sutton et Nancrede.

J'ai opéré l'an passé un jeune homme qui portait dans la partie latérale gauche du front une petite tumeur ressemblant énormément à un kyste dermoïde. C'était une petite tumeur plutôt encore tératoïde que lipomateuse et qui devait être constituée de tissus embryonnaires.

Ces tumeurs ont ceci de particulier qu'elles ont les mêmes sièges que les principales variétés de kystes dermoïdes décrites plus haut, qu'elles sont sous-aponévrotiques ou sous-musculaires et qu'elles ont avec les os des rapports plus ou moins intimes. Dans le cas de Lannelongue, le tissu adipeux avait dû naître dans le frontal lui-même, car cet os était creusé d'anfractuosités aréolaires dans lesquelles la tumeur était comme enracinée. Dans d'autres cas, des adhérences serrées ou lâches représentent les connexions du tissu adipeux et du squelette.

Lorsqu'elles sont volumineuses, ces tumeurs sont faciles à reconnaître par leurs caractères vulgaires; lorsqu'elles sont petites elles ne diffèrent guère des kystes dermoïdes que par le défaut de fluctuation vraie et par la régularité moins grande de la surface. Leur développement parfois rapide pourrait les faire prendre pour une production maligne. Leur extirpation n'est contre-indiquée que par l'âge trop tendre des sujets. Heyfelder a perdu un petit opéré âgé de quinze jours.

Je ne dirai rien des *fibromes* ni des *sarcomes congénitaux*; ils ne se signalent pas par des particularités autres que les circonstances et la date de leur formation.



Fig. 138. — Lipome congénital de la joue et des lèvres (cas personnel).

II. — MALFORMATIONS PAR DÉFAUT DE SOUDURE DES BOURGEONS EMBRYONNAIRES DE LA FACE.

Ces malformations sont de deux sortes : le défaut de soudure donne lieu à des *fistules* et à des *fissures*. Les premières sont des trajets terminés le plus souvent en cul-de-sac, parfois d'une longueur imprévue, qui s'ouvrent à la surface des téguments cutané et muqueux, siégeant plus souvent au cou que dans n'importe quelle autre région; les secondes s'observent à la face et se partagent en

deux catégories dans l'une desquelles prennent place des anomalies d'une grande rareté, fissures exceptionnelles, tandis que l'autre est représentée par le bec-de-lièvre, les fentes du palais osseux et du voile du palais.

Je me tiendrai exclusivement sur le terrain des lésions congénitales. Les lésions acquises, spontanées ou traumatiques, seront décrites plus loin dans les chapitres consacrés aux lèvres et à la bouche.

Au point de vue embryologique et tératogénique, la question des malformations faciales est aujourd'hui fort avancée. Les travaux d'Autenrieth, de Geoffroy Saint-Hilaire, de Meckel, et surtout ceux de Coste et de Dareste, ont fourni de ces vices de conformation, attribués jadis par l'ignorance à des influences fantaisistes, une explication vraiment scientifique.

Cherchant à pénétrer aussi loin que possible dans l'interprétation des faits, Dareste ne s'est pas contenté d'étudier les anomalies du développement en elles-mêmes; il a pu en provoquer l'apparition en mettant en jeu certaines influences déterminées, et il a réuni les résultats de ses travaux dans un livre animé de l'esprit philosophique le plus élevé.

Si nous ne pouvons pas toujours reconnaître la cause éloignée des anomalies, celle qui les détermine, leur cause prochaine, leur essence nous a été révélée. Nous savons que beaucoup, que la plupart se rattachent à des arrêts de développement, et que d'autres, en moins grand nombre, exceptionnelles relativement aux premières, sont dues à une action mécanique des annexes du fœtus. Nous savons encore que cette double interprétation n'est pas applicable seulement aux anomalies congénitales de la face, mais que des lois générales dominant toute la tératologie. Toutes les monstruosités ressortissent aux mêmes influences perturbatrices; dans toutes on trouve la persistance d'un fait embryologique qui, dans l'ordre normal des choses, aurait dû être transitoire, ou une action directe des membranes de l'embryon sur une de ses parties. Les remarquables travaux de Coste, qui ont si bien fait comprendre la formation du bec-de-lièvre, ont été complétés par les recherches plus modernes, dont il a déjà été question et qui seront rappelées plus loin.

Les fistules ou fissures congénitales des lèvres, des narines, de l'arcade alvéolaire, de la voûte palatine et du voile du palais sont aussi connexes au point de vue chirurgical qu'au point de vue embryologique. Souvent elles coexistent, et en pareil cas leur traitement consiste en une série d'actes portant sur une région circonscrite et reliés entre eux par un enchaînement logique. Il y aura donc un avantage indiscutable à les rapprocher les unes des autres.

I. — FISTULES CONGÉNITALES DU CRANE ET DE LA FACE.

a. Fistules cutanées. — Les fistules cutanées de la face ne m'arrêteront que peu de temps; car la question, envisagée d'une façon générale, relève surtout de la pathologie du cou. Elles résultent d'un défaut de soudure très limité, soit de la gouttière dorsale de l'embryon, soit des fentes fronto-maxillaires et intermaxillaires. Elles sont primitives ou consécutives, ces dernières résultant de l'ouverture spontanée d'un kyste congénital. Il ne sera question ici que des premières. On n'en connaît que peu d'exemples.

Lannelongue a observé une fistule frontale remontant obliquement jusqu'à la dure-mère. Celles du dos du nez ont été signalées à propos des kystes de cette région. Une fistule de la paupière inférieure (Spencer Watson), une autre s'ouvrant à 2 ou 3 millimètres en dehors de l'aile du nez (Lannelongue), représentent celles de la fente fronto-maxillaire. Un cas d'Ollier (fistule de la joue) est le seul où la fente intermaxillaire soit en cause. Sans vouloir empiéter sur le chapitre des maladies de l'oreille, je rappellerai que, soit sur le pavillon, soit en avant du tragus, on en a noté un certain nombre. J'en ai vu une, en 1890, à 2 millimètres environ en avant du conduit auditif. Elle s'était infectée et était devenue le siège d'une petite collection purulente développée vers la joue.

La paroi est composée d'un tissu fibreux, élastique, assez ferme, revêtu d'un épithélium pavimenteux superficiellement, souvent cylindrique et vibratile dans le fond. Ordinairement l'orifice laisse suinter un liquide filant, gommeux, qui se concrète en une mince croûte lorsqu'il est peu abondant, ou s'écoule constamment à l'extérieur. C'est cette circonstance qui détermine les malades à s'adresser à un chirurgien. La suppuration rend l'intervention encore plus pressante, mais il faut s'attendre à des difficultés opératoires parfois insurmontables. Dans le cas d'Ollier, le trajet paraissait aller jusqu'au voisinage du pharynx. Comment songer à une extirpation dans ces conditions? Aussi certains malades devront-ils se résoudre à garder leur petite infirmité contre laquelle les injections caustiques sont impuissantes. On ne devra se risquer à l'ablation totale qu'après une exploration attentive qui aura fait connaître, dans la mesure du possible, l'étendue réelle du trajet.

b. Fistules muqueuses congénitales des lèvres. — A côté des faits précédents, il est logique de donner place aux cas de *fistules congénitales muqueuses des lèvres*. Une fois Lannelongue a observé un petit trajet de 3 millimètres de profondeur s'ouvrant par un orifice infundibuliforme sur le frein de la *lèvre supérieure*. La pression en faisait sortir une goutte de liquide muqueux.

Feurer a étudié avec soin le cas d'un jeune homme qui portait une

fistule de la lèvre supérieure. Elle s'ouvrait sur le bord muqueux de la lèvre supérieure par un étroit orifice, et remontait vers la narine jusqu'à un point situé au-dessous du sillon gingivo-labial. Là elle se terminait en cul-de-sac. Son trajet correspondait donc à la fente du bec-de-lièvre vulgaire. Elle fut extirpée en totalité. Sa structure présentait ceci de particulier que la paroi renfermait des glandes sébacées et sudoripares près de l'orifice, tandis qu'on n'y trouvait que des glandes muqueuses au voisinage du cul-de-sac terminal (1).

A la lèvre inférieure, l'anomalie se présente avec des caractères tout particuliers. Sauf dans un cas de Lannelongue où l'on voyait sur le bord de la lèvre une fente parallèle à ce bord, ayant 15 milli-

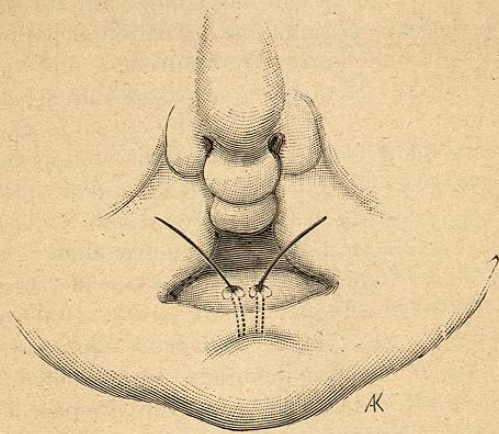


Fig. 139. — Double fistule congénitale de la lèvre inférieure chez un sujet atteint du bec-de-lièvre bilatéral congénital (M. D.) (d'après Lannelongue).

mètres de long, correspondant à une cavité d'un centimètre de profondeur, on a toujours observé deux trajets fistuleux dont les orifices, tantôt déprimés en entonnoir, tantôt élevés au-dessus des parties voisines, éloignés l'un de l'autre de 3 millimètres, étaient plus rapprochés de la face muqueuse que de la face cutanée (fig. 139). Les trajets correspondants cheminaient l'un vers l'autre dans la profondeur jusqu'à un ou deux centimètres, sans jamais se confondre, et toujours recouverts par la couche musculaire. La pression en faisait sourdre un liquide muqueux assez semblable à la salive submaxillaire.

Depuis le premier fait signalé par Demarquay, les exemples de cette anomalie se sont multipliés avec peu de variantes d'ailleurs ; Lannelongue en rapporte dix, Madelung en a observé un récemment (2). Depaul dit avoir constaté des glandules s'ouvrant dans ces

(1) FEURER, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XLVI, S. 35.

(2) MADELUNG, *Arch. für klin. Chir.*, 1888, Bd. XXXVII, S. 271-275.

trajets. Les faits de Trélat et de Clutton sont curieux par l'existence d'un pli saillant tendu entre les deux orifices. La lèvre offre toujours quelques modifications consistant en plus d'épaisseur, en un relief exagéré de sa partie moyenne et en un ectropion modéré. L'anomalie coïncide à peu près constamment avec un bec-de-lièvre compliqué de la lèvre supérieure. Les cas de Richet, de Demarquay et de Murray montrent qu'elle peut être héréditaire.

Sa pathogénie a un intérêt particulier. Meckel, Dursy, Reichert, entre autres, ont affirmé l'existence, chez les animaux et chez l'homme, d'un os intermaxillaire inférieur, constitué par un bourgeon spécial. La double fistule congénitale serait due à la coalescence incomplète de ce dernier avec les bourgeons maxillaires inférieurs.

L'ablation en forme de V de la portion de lèvre affectée (Blandin et Richet), ou la dissection des trajets entre la musculaire et la muqueuse (Lannelongue) permettent de débarrasser les malades de cette petite difformité.

II. — FISSURES SUPERFICIELLES ET PROFONDES.

En dehors des fistules, qui forment un petit groupe spécial, il y a des malformations caractérisées par l'existence de fentes ou de fissures, dont les unes, très fréquentes ou assez fréquentes, sont constantes dans leur siège et leurs principales particularités, et dont les autres sont exceptionnelles par leur situation, par leur étendue et surtout par les circonstances qui paraissent les avoir déterminées. Les premières sont typiques, les secondes atypiques (A. Broca). Pour la première catégorie la cause prochaine de l'anomalie est ordinairement un arrêt de développement ; pour la seconde il faut souvent faire intervenir l'action directe de quelque disposition anormale des annexes de l'embryon, adhérence ou bride.

Depuis la division la moins étendue de la lèvre jusqu'à la fente complète, intéressant la lèvre supérieure des deux côtés ou d'un seul côté, la voûte palatine et le voile du palais, il existe toute une série de malformations par arrêt de développement des bourgeons signalés plus haut comme concourant à la constitution de la face. Leurs conditions diverses d'aspect et de forme, leurs combinaisons entre elles seront étudiées plus loin avec soin. Pour les faits exceptionnels, dont il sera question tout d'abord, la cause productrice n'est pas toujours aussi aisée à déterminer. S'il y a des cas dans lesquels on doit forcément reconnaître les effets de brides amniotiques constatées à l'examen des pièces, il en est d'autres où l'on ne peut que soupçonner ce mécanisme et où l'on est encore autorisé à se demander si un arrêt de développement n'a pas joué son rôle.

Étiologie. — Après ce coup d'œil général sur les diverses sortes de fissures labiales, quelques mots relatifs à leur étiologie compléteront